

M痘(Mpox) 核心教材



疾病管制署

疾病概述(1/2)

- 1958年M痘病毒(Mpox virus)首次從研究用猴子身上發現，被命名為「猴痘」，為避免造成對疾病或特定族群的誤解或歧視，另於2024年2月1日更名為「M痘」，人類感染最早的個案是1970年在剛果民主共和國的一名9個月男孩，此後中非和西非靠近熱帶雨林的偏遠地區陸續有個案報告，屬人畜共通傳染病。
- 1996-1997年，剛果民主共和國發生大規模疫情。
- 2003年，美國出現M痘病例，是非洲地區之外首次病例，累計47名病例，大多數患者曾接觸受到M痘病毒感染的進口寵物鼠而感染。
- 2017年，奈及利亞爆發有史以來規模最大的疫情，超過500名疑似病例和200名確診病例，致死率約3%。
- 2018年8月-2022年5月，在英國、以色列、新加坡、美國等國亦陸續報告自非洲境外移入病例。

疾病概述(2/2)

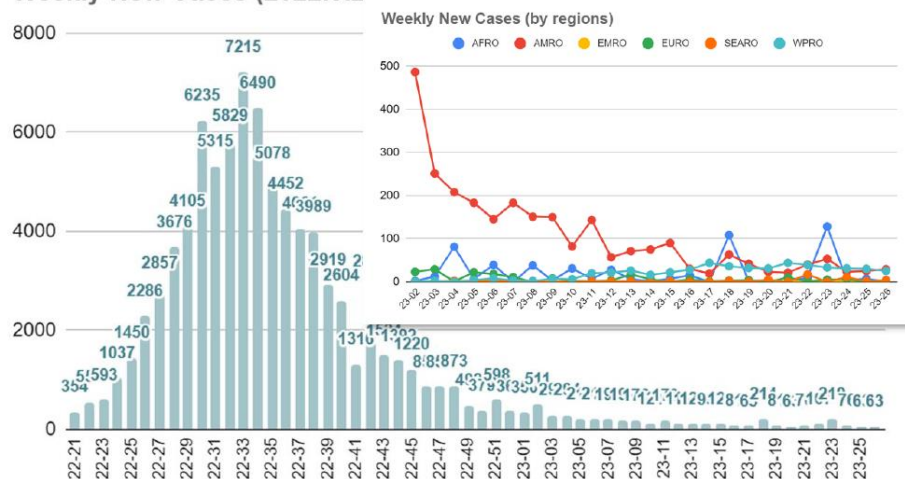
- 1980年天花消滅和之後停止接種天花疫苗，M痘成為現存最嚴重的正痘病毒感染症。
- 2022年5月14日英國接獲兩例家庭群聚M痘病例通報，隨後歐洲與北美洲其他國家陸續通報確定病例。
- 2022年7月23日世界衛生組織(WHO)宣布M痘疫情構成國際關注公共衛生緊急事件(PHEIC)。
- 全球受影響最嚴重的10個國家：美國、巴西、西班牙、法國、哥倫比亞、墨西哥、秘魯、英國、德國和加拿大，這些國家占全球病例83.8%。
- 2023年5月11日WHO宣布結束PHEIC，轉向發展長期管控及抑制傳播等策略，呼籲各國對疫情發展或新資訊持續關注；評估全球傳播風險為中。

流行概況(1/3)

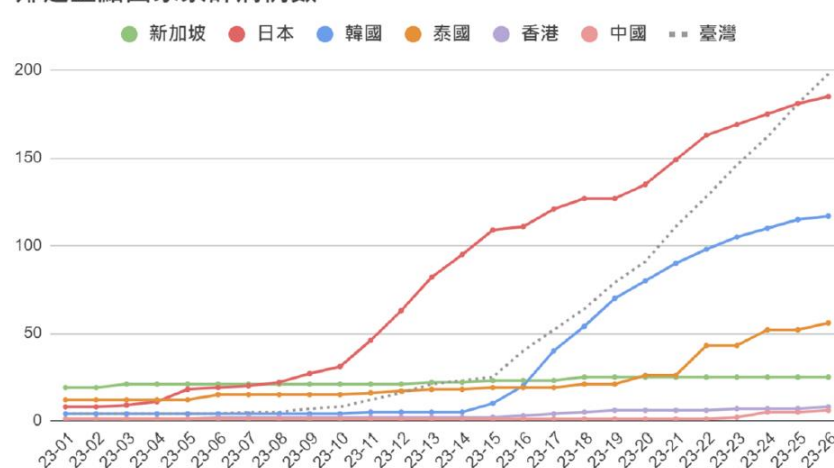
■2022年疫情全球概況

- 自2022年5月英國出現首例本土病例截至2023年12月，全球累計116國92,909例確診、178例死亡。疫情前期主要流行於歐洲，後於美洲疫情驟升，於2022年8月達高峰後趨緩，現**全球疫情趨緩**，單週新增低於150例。
- 隨著COVID-19疫情趨緩、國境解封，亞洲國家2023年疫情有緩升之情形。

Weekly New Cases (2022.5.23起統計至今)



鄰近重點國家累計病例數



流行概況(2/3)

■依WHO 2023年12月19日公布之全球流行病學資料顯示：

- 個案96.4%為男性，年齡多介於29-41歲間(中位數34歲)，主要但不限於男男性行為者(MSM)，另有至少333例幼兒(0-4歲)、55例懷孕。
- 已知傳播類型中，83.1%為性接觸傳染；
已知傳播場域中，65.3%發生於有性接觸的場域。
- 症狀部分：最常見的症狀是皮疹，所有調查病例中，90%出現任一種皮疹、58.4%出現發燒、54.3%出現全身性皮疹、50.2%出現生殖器皮疹、0.7%病患無症狀。

流行概況(3/3)

■我國疫情概況

- 截至2024年1月26日，累計359例確診，其中340例本土，19例境外移入(感染國家日本5例、美國3例、泰國3例、柬埔寨2例、德國、奧地利、菲律賓、越南、馬來西亞及中國各1例)。
- 確診病例年齡中位數為34歲，99.4%為男性。

最新疫情資訊，請至疾病管制署全球資訊網查詢：
<https://www.cdc.gov.tw/>

致病原(1/2)

- M痘病毒(Mpox virus)
- 屬於痘病毒科(*Poxviridae*)，正痘病毒屬(*Orthopoxvirus*)
- 是一種包膜雙股DNA病毒。

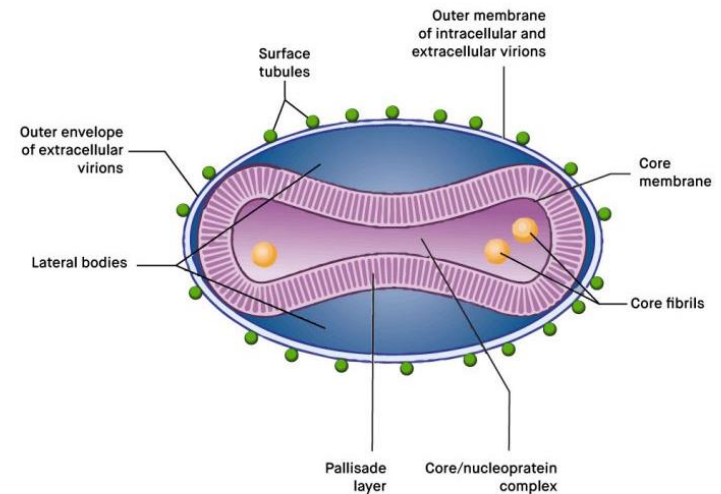
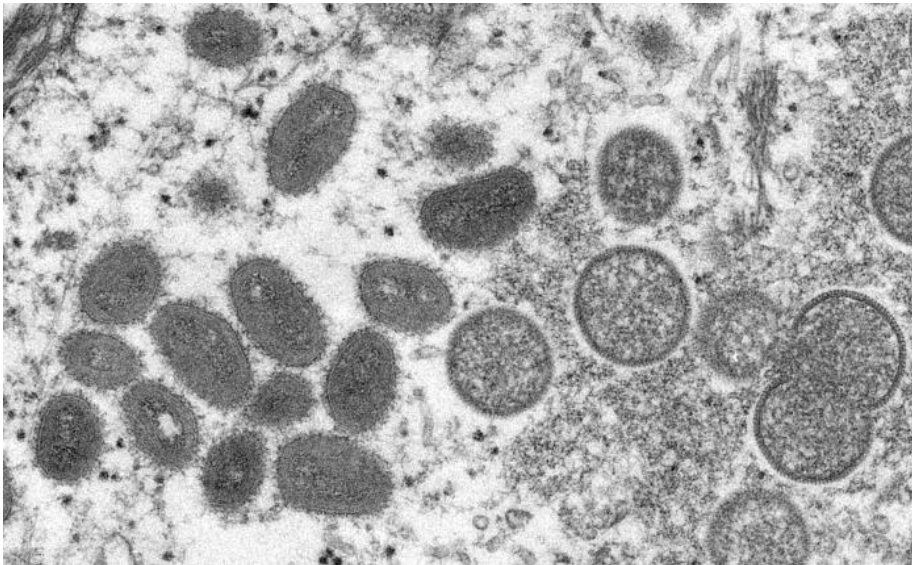


Figure1. Structure of Monkeypox Virus¹

From:

1. US CDC public health image library. Available at: <https://phil.cdc.gov/details.aspx?pid=22664>

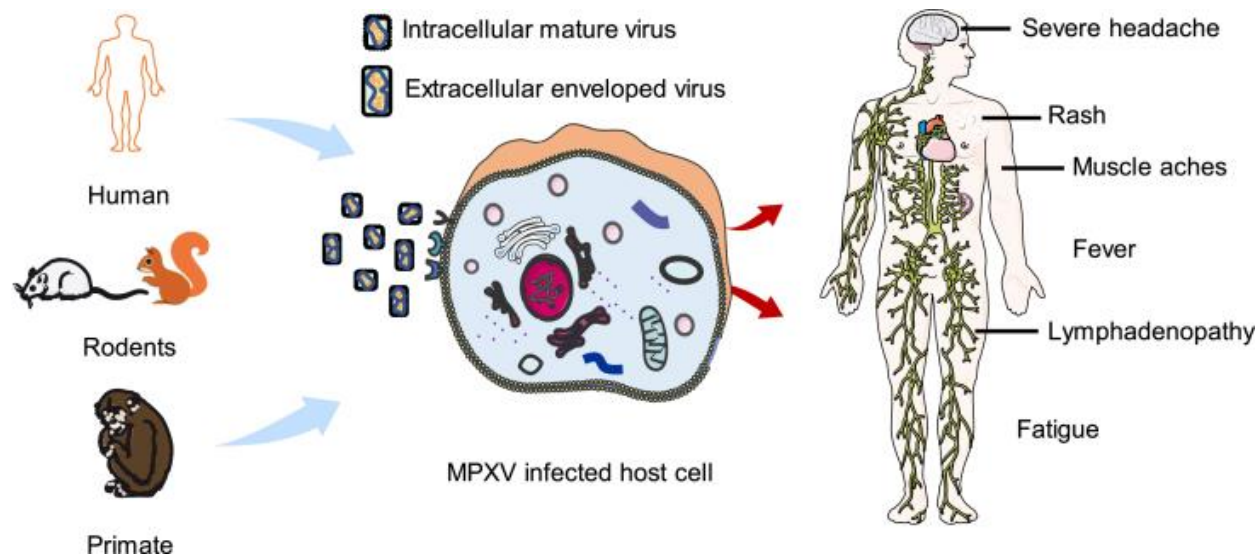
2. Vitrosens Biotechnology. Available at: <https://vitrosens.com/what-is-monkeypox-virus/>

致病原(2/2)

- M痘病毒分支原命名為中非分支和西非分支，2022年8月12日WHO使用羅馬數字與小寫字母重新命名M痘病毒分支，將此前在剛果盆地流行的分支稱為第一分支(Clade I)，西非分支稱為第二分支(Clade II)，其中第二分支(II)病毒包括IIa和IIb兩子分支，Clade II即為2022年全球疫情主要流行株。
- 第一分支比第二分支病毒更容易傳播且嚴重度高，第一分支致死率約為10%，而第二分支致死率約為1%，然依國際文獻報告指出，2022年5月疫情開始至2023年12月底，全球確認感染 Mpox 的 92,909 多病例中，約178人死亡，且絕大多數症狀輕微；以美國為例，約31,000名個案中，55名死亡個案(致死率為0.2%)。

傳染窩

- 目前尚不清楚自然界的保毒宿主(reservoir)。
- 在非洲，多種動物均可被感染，如繩松鼠、松鼠、剛比亞巨鼠、睡鼠和靈長類動物。
- 某些證據顯示，非洲原生的齧齒類動物如剛比亞巨鼠或松鼠，可能是M痘病毒的保毒宿主。



潛伏期及可傳染期

■潛伏期

- 1-21天，通常為6-13天。

■可傳染期

- 潛伏期不具傳染力。
- 出現發燒或全身性症狀時可能有傳染力。
- 發疹期間傳染力最強，持續至疹子均結痂脫落為止。
- 近期歐洲有研究報告指出可在無症狀者之口咽與肛門拭子檢出M痘病毒，但是否具有傳染力尚不清楚。

傳染方式

■人傳人

- M痘可以透過密切接觸確定個案的皮疹、瘡痂、體液造成人與人之間的傳染，例如經由親密接觸之性行為，包括：口交、肛交或陰道性交，或接觸M痘患者生殖器(陰莖、睪丸、陰唇及陰道)或肛門、與M痘患者進行擁抱、按摩和親吻，以及長時間的面對面接觸等。
- 性接觸為此波疫情主要傳播途徑，飛沫傳播需在長時間面對面接觸情境下較容易發生，因此執行會產生飛沫微粒(aerosol)之醫療措施且未著適當個人防護之醫護人員，及親密接觸之同住家人才有較大的感染風險。
- 產婦可經胎盤垂直傳染給胎兒，或於產程中因接觸而傳染。
- Mpox 病患使用過且未消毒的物體表面雖可檢出病毒，但藉由接觸被確診者汙染過的物品而導致傳播，仍需進一步研究。

■人畜共通感染

- 直接接觸感染動物的血液、體液、損傷的皮膚或黏膜。
- 食用受感染的動物肉類。

臨床症狀(1/4)

- 2022年全球疫情，根據美國疾病管制與預防中心(CDC)與WHO報告，常見症狀包括皮疹(85-98%)、發燒(48-84%)、淋巴結腫大(30-60%)。
- 和2022年前之病患症狀相比，表現較不典型，包括皮疹最早出現於生殖器或會陰部，且不一定會擴散至其他部位、皮疹數目較少、發燒等前驅症狀較不明顯，在就醫時容易與其他性傳染病混淆，臨床診斷時需提高警覺。

臨床症狀(2/4)

- 此波流行疫情之M痘患者常出現皮膚病灶如皮疹、斑疹、斑丘疹、水泡、膿疱等，以及淋巴腺腫大(如耳周、腋窩、頸部或腹股溝等處)。
- 其他症狀包括：發燒、畏寒/寒顫、出汗、頭痛、肌肉痛、淋巴腺腫大(如耳週、腋窩、頸部或腹股溝等處)、極度倦怠、呼吸道症狀(如喉嚨痛、鼻塞或咳嗽)等。
- M痘與水痘最大的差別是有淋巴結腫大的症狀。
- 多數個案可於幾週內康復。兒童及免疫功能低下者為併發重症之高風險群，併發症包括繼發性細菌感染、肺炎、敗血症等。

生殖器



手部與肩膀



From:

1. *N Engl J Med* 2022; 387:547-556 DOI: 10.1056/NEJMcpc2201244
2. US CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/clinicians/>

臨床症狀(3/4)

■ 患者皮疹特徵

- 病灶堅硬或呈橡膠狀，界限清楚，位於深部，並且經常形成臍狀(似病灶頂部的一個點)。
- 通常位於手、腳、胸部、面部、嘴巴或生殖器附近(包括陰莖、睪丸、陰唇、陰道和肛門等)。
- 不一定分佈在身體的許多部位，可能僅限少數或單一部位。
- 皮疹不一定出現在手掌和腳掌上。

■ 發燒和其他症狀(如發冷、淋巴結腫大、不適、肌肉痛或頭痛)不一定出現，或先出現皮疹後才有發燒等症狀。

■ 皮膚病灶出現後會依斑疹、丘疹、水泡、膿疱階段變化，最終結痂脫落。症狀可能持續2-4週。

M痘皮疹範例



照片來源：UK Health Security Agency

From: US CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/symptoms/index.html>

臨床症狀(4/4)

■ 出疹至結痂過程

階段	持續時間	特徵
黏膜疹(Enanthem)		<ul style="list-style-type: none">有時首先在舌頭和口腔中形成病變。
斑疹(Macules)	1-2 天	<ul style="list-style-type: none">出現斑疹病灶。
丘疹(Papules)	1-2 天	<ul style="list-style-type: none">病變通常從斑疹(扁平)發展為丘疹(凸起)。
水泡(Vesicles)	1-2 天	<ul style="list-style-type: none">病變通常變成水泡狀(凸起並充滿清澈的液體)。
膿疱(Pustules)	5-7 天	<ul style="list-style-type: none">典型發展會形成膿疱(充滿不透明液體)，並急劇隆起，通常呈圓形、觸感堅硬。最後通常會在中心形成凹陷(臍部)。在開始結痂前，膿疱會持續約 5 到 7 天。
結痂(Scabs)	7-14 天	<ul style="list-style-type: none">到第2週結束時，膿疱形成痂皮並結痂。結痂會持續大約1周，然後才會開始脫落。

病例通報(1/3)

■M痘為第二類法定傳染病，凡符合通報定義者，即應於24小時內完成通報。

■通報方式：

- 醫療院所於傳染病通報系統(NIDRS)之「第二類法定傳染病」項下，選擇「M痘」項目通報與採檢送驗。
- 如醫療院所具有「運用醫院電子病例自動通報(EMR)」功能，完成院內系統調整，即可透過此管道進行通報。
- 無NIDRS帳號醫療院所亦可透過健保網域(VPN)通報。

病例通報(2/3)

■通報定義，具有下列任一條件：

- 符合臨床條件。
- 符合檢驗條件。

■臨床條件，需具下列條件：

- 皮膚病灶，如皮疹、斑疹、斑丘疹、水疱、膿疱等，且無法以其他已知病因解釋。
- 發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、畏寒/寒顫、出汗、頭痛、肌肉痛、背痛、關節痛、淋巴結腫大(如耳週、腋窩、頸部或腹股溝等處)等任一症狀。

■檢驗條件，具有下列任一條件：

- 臨床檢體(如病患發病期內皮膚水疱、~~血液~~、咽喉擦拭檢體或膿疱檢體)分離並鑑定出M痘病毒。
- 臨床檢體M痘病毒分子生物學核酸檢測或定序為陽性。

病例通報(3/3)

■流行病學條件，發病前21日內，具有下列任一條件：

- 曾經與確定病例或出現症狀的極可能病例有密切接觸。
- 具有M痘確定病例報告之國家旅遊史。
- 具有野生動物或非洲特有外來種動物(含屍體)暴露史。

■疾病分類

- 極可能病例：符合臨床及流病條件。
- 確定病例：符合檢驗條件。

採檢送驗(1/3)

■採檢

- 陽性採檢來源：
 - Pustules/vesicles swabs
 - Mucosal ulcers swabs
 - Nasopharyngeal swabs
- 水疱液、膿疱內容物拭子/咽喉擦拭液插入病毒保存輸送管(含保存液VTM)。
- 採檢人員個人防護裝備：

採檢/醫療照護人員請依「醫療機構因應猴痘感染管制措施指引」選擇適當之個人防護裝備，如：執行疑似Mpox個案咽喉拭子採檢請比照可能產生飛沫微粒 (aerosol) 的醫療處置；皮膚病灶採檢可依循接觸病人血液、體液、排泄物等風險之醫療照護行為裝備。

傳染病名稱	採檢項目	採檢目的	採檢時間	採檢量及規定
M痘	水疱液、膿疱內容物	病原體檢測	立即採檢	以無菌病毒拭子擦拭皮膚病灶之水疱液或膿疱內容物，插入病毒保存輸送管。
	咽喉擦拭液			以無菌病毒拭子擦拭咽喉，插入病毒保存輸送管。

採檢送驗(2/3)

■送驗

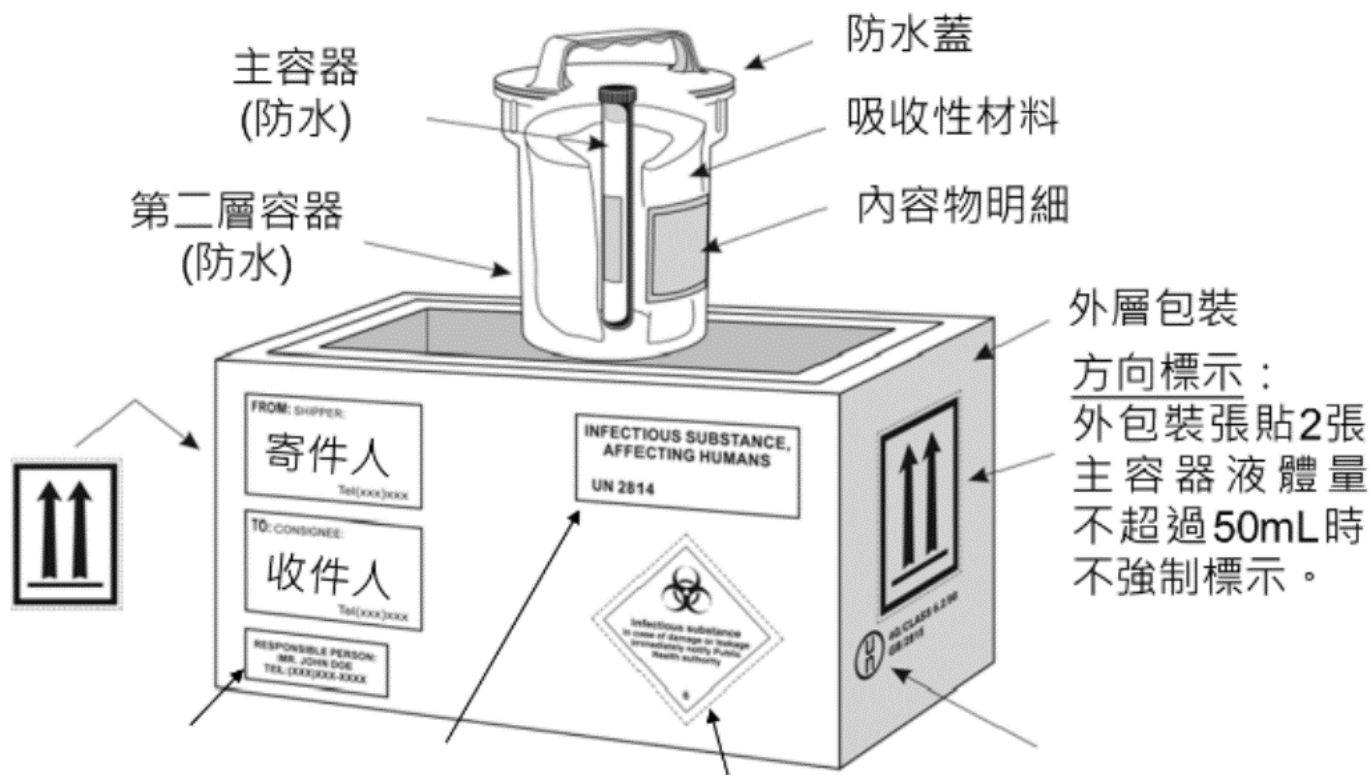
- 檢體必須採用A類感染性物質專用運送容器(P620)包裝。檢體之採集及運送過程，均應遵守生物安全規範。
- 實驗室檢驗方法：病原體分離、鑑定；分子生物學核酸檢測、次世代基因定序(Next Generation Sequencing，NGS)。

採檢送驗(3/3)

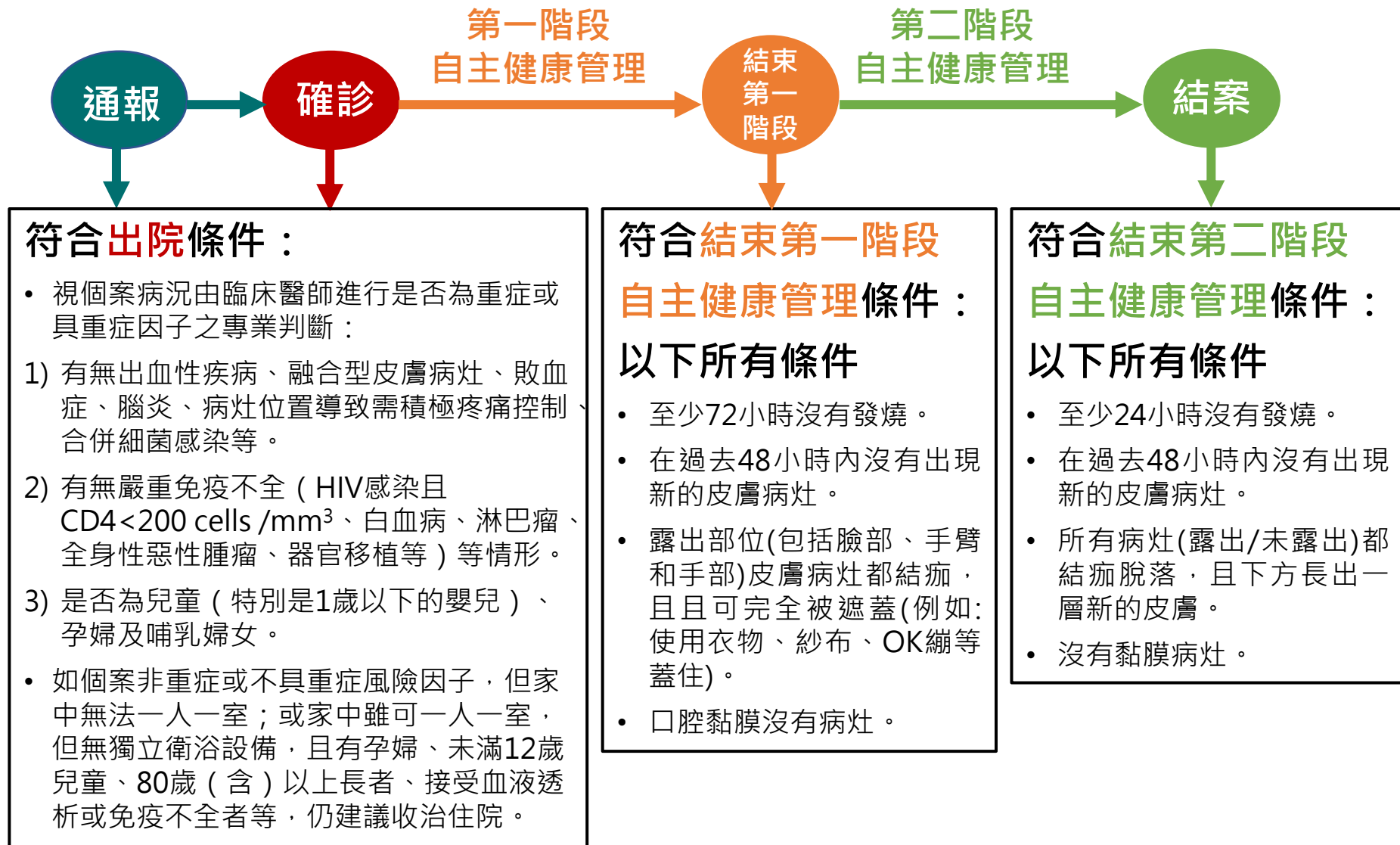
■送驗

- A類感染性物質：依照「P620包裝指示」(Packing Instruction P620)，進行三層包裝。

- 第一層與第二層容器間包覆足以吸收主容器全部液體之吸收性物質。
- 第一層(主容器)或第二層容器能承受95 kPa壓差及-40℃至55℃溫差，而不洩漏。
- 完整件通過9 m落地測試、7 kg穿刺強度測試、3m堆疊測試。

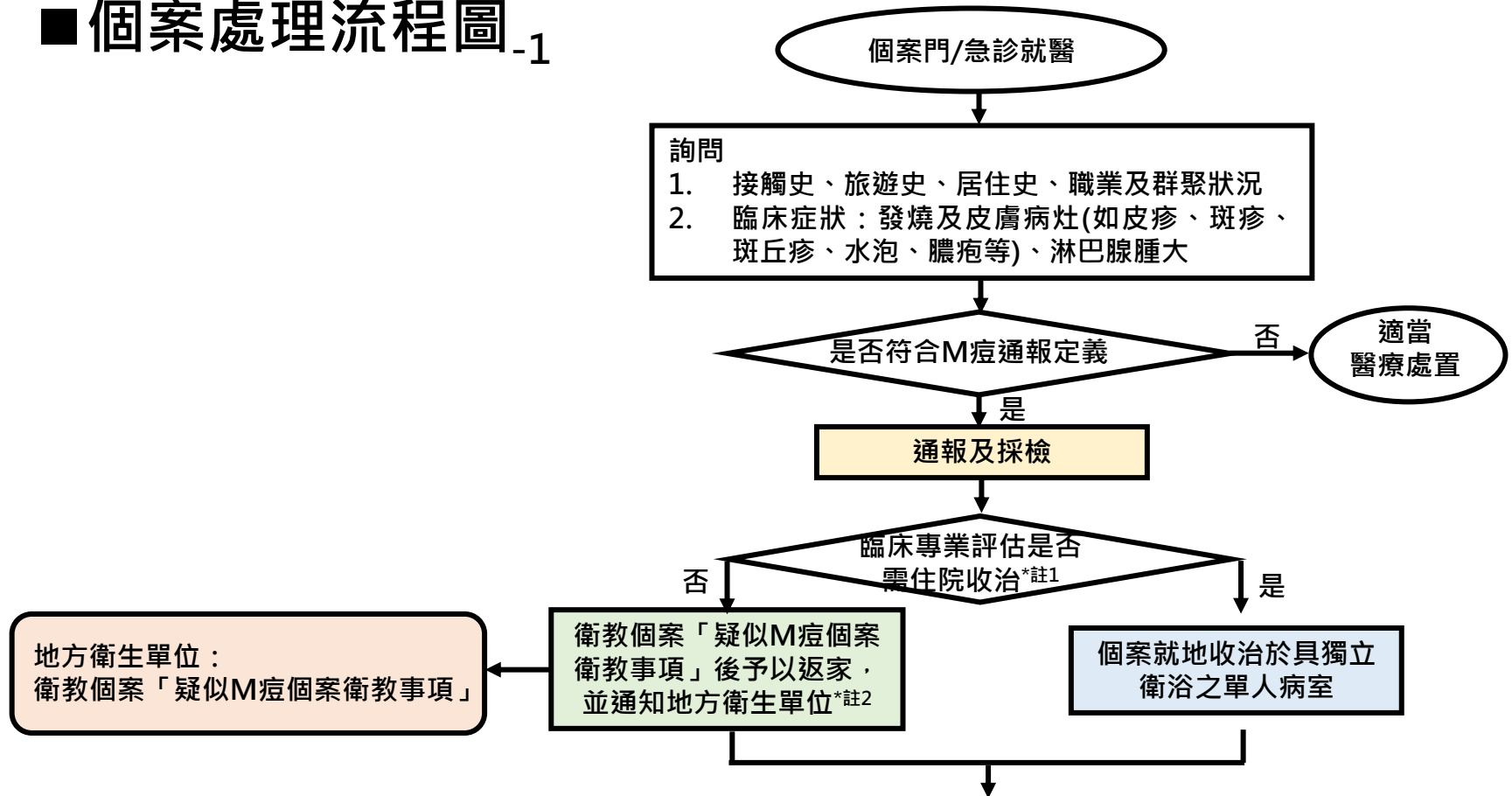


個案處置(1/7)



個案處置(2/7)

■ 個案處理流程圖_1



註1：視個案病況由臨床醫師進行是否為重症或具重症因子之專業判斷：

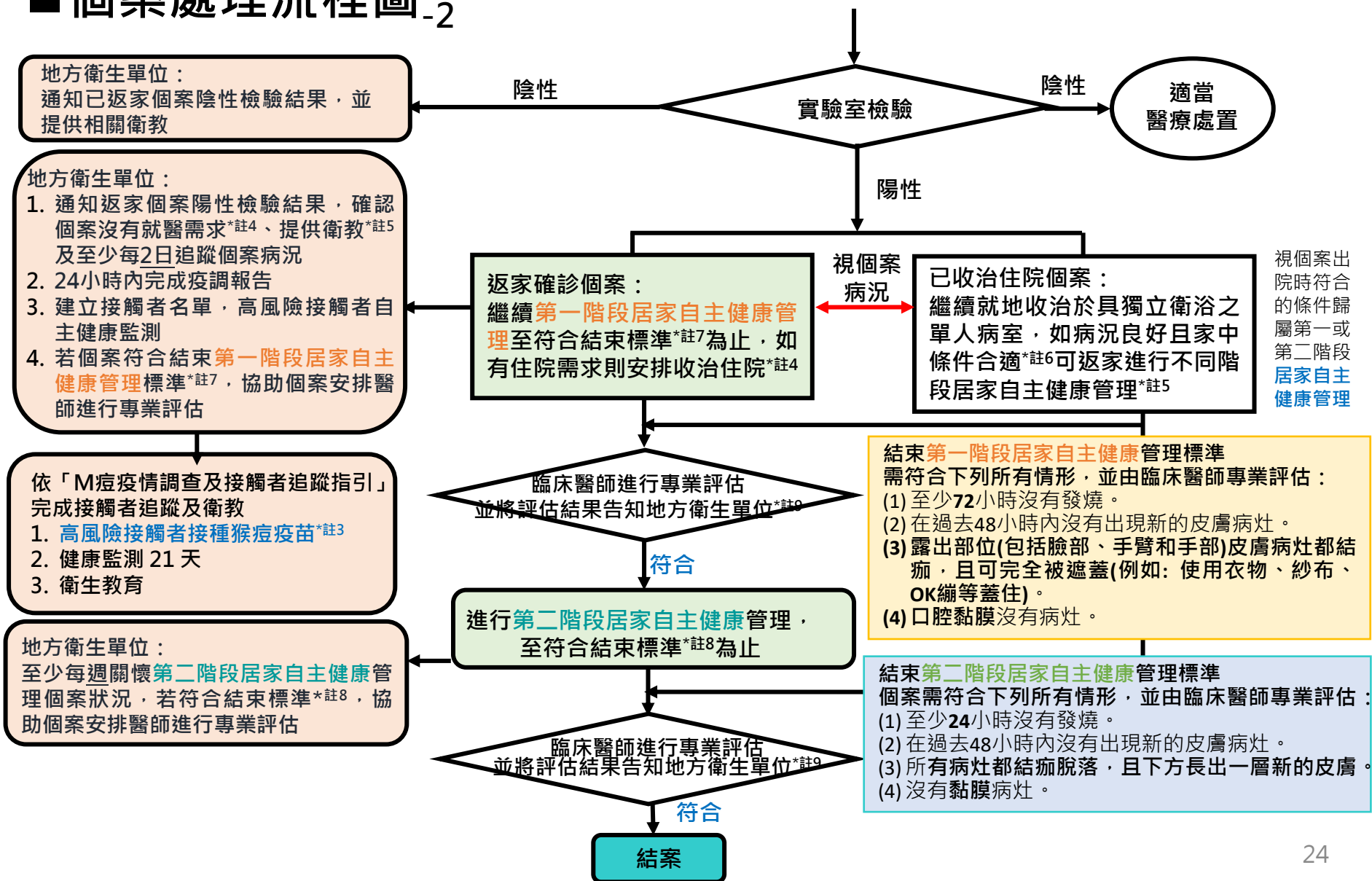
- (1) 有無出血性疾病、融合型皮膚病灶、敗血症、腦炎、病灶位置導致需積極疼痛控制、合併細菌感染等。
- (2) 有無嚴重免疫不全 (HIV感染且 $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ 、白血病、淋巴瘤、全身性惡性腫瘤、器官移植等) 等情形。
- (3) 是否為兒童 (特別是1歲以下的嬰兒)、孕婦及哺乳婦女。

如個案非重症或不具重症風險因子，但家中無法一人一室；或家中雖可一人一室，但無獨立衛浴設備，且有孕婦、未滿12歲兒童、80歲 (含) 以上長者、接受血液透析或免疫不全者等，仍建議收治住院。

註2：疑似M痘個案如經醫療專業評估無須立即收治住院，採檢後予以先行返家，請醫事人員提供「疑似M痘個案衛教事項」及衛教，並通知地方衛生單位。衛生單位如接獲跨縣市通報M痘疑似/確定個案，請主動聯繫及轉知個案管理單位 (居住地衛生局) 續處並掌握個案收治地點。

個案處置(3/7)

■ 個案處理流程圖-2



個案處置(4/7)

■疫情調查

- 通報個案確診後24小時內，完成「M痘疫調單」疫調作業，建立高風險接觸者名單，並完成接觸者追蹤及衛教，包括：高風險接觸者接種M痘疫苗與自主健康監測21天、提供接觸者衛教事項等事宜。
- 包括個案基本資料、臨床狀況、發病前21天旅遊史和接觸史、發病後至就醫隔離前的接觸史、就醫史等資訊蒐集，疫調時應同時完成通報個案之高風險接觸者名單建立。

■接觸者定義

- 自個案發病後至所有皮疹均結痂時，曾直接接觸感染者呼吸道分泌物、皮膚或黏膜，或在無適當防護下提供照護、相處、接觸病患呼吸道分泌物或體液者。

個案處置(5/7)

■疑似與確定病例處置

- 依據個案疾病狀況是否有重症或具重症風險因子，以及家中條件等因素綜合評估，若經臨床專業評估無住院治療照護之需要，且家中條件適合，可返家自主健康管理。
 - 重症或具重症因子包括：
 - 有出血性疾病、融合型皮膚病灶、敗血症、腦炎、病灶位置導致需積極疼痛控制、合併細菌感染、有眼部或眼眶周圍病灶等。
 - 有嚴重免疫不全（HIV感染且 $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ 、白血病、淋巴瘤、全身性惡性腫瘤、器官移植等）等情形。
 - 兒童（特別是1歲以下的嬰兒）、孕婦及哺乳婦女。
 - 居家條件：
 - 可1人1室。
 - 若家中有孕婦、未滿12歲兒童、80歲（含）以上長者、接受血液透析或免疫不全者等，需1人1室且有獨立衛浴設備。

個案處置(6/7)

■ M痘疑似/確診個案出院返家後居家環境建議事項

• 居家環境建議

- 如個案家中有孕婦、未滿12歲兒童、80歲(含)以上長者、接受血液透析或免疫不全者等：在家中需單獨一室且有獨立衛浴設備。
- 如個案的家中無前述對象：
 - ✓ 在家中請單獨一室，並儘可能不要離開房間、儘可能使用獨立的衛浴設備。
 - ✓ 如需共用衛浴設備，請在浴廁備妥稀釋後的漂白水(1:50, 1000 ppm)或75%的酒精，於每次使用後參照本署「居家清潔消毒指引」進行消毒。
 - ✓ 若不得已需要共用空間，應開窗確保空氣流通，並請佩戴醫用口罩，與他人保持至少1公尺的距離。

個案處置(7/7)

- 疑似M痘個案經綜合評估無需收治住院者，於依法通報並採檢後，得予以先行返家等待檢驗結果，請醫療及衛生單位衛教及提供「**疑似M痘個案衛教事項**」。
- 疑似個案須**自主健康管理至檢驗結果陰性排除為止**；並請醫療院所同步通知地方衛生單位。個案出院返家後，如檢驗結果為陽性確診，由個案居住地縣市衛生單位聯繫通知個案陽性檢驗結果，並再次確認返家確診個案有無相關就醫需求，並依個案狀況進行後續住院或居家自主健康管理。

確診個案處置(1/4)

■ 確診M痘個案經綜合評估無住院收治需求者，可返家進行二階段「居家自主健康管理」，倘個案在居家自主健康管理階段，因疾病狀況有住院或就醫需求，地方衛生單位應予以協助。

- 第一階段自主健康管理：出院返家後至符合以下所有條件；地方衛生單位請至少每2日追蹤關懷個案。
 - 至少72小時沒有發燒。
 - 在過去48小時內沒有出現新的病灶。
 - 露出部位皮膚病灶(包括臉部、手臂及手部)都結痂，且可完全被遮蓋(例如: 使用衣物、紗布、OK繃等蓋住)。
 - 口腔黏膜沒有病灶。
- 第二階段自主健康管理：符合結束第一階段自主健康管理至結案，結案條件為符合以下所有條件；地方衛生單位請至少每週追蹤關懷個案。
 - 至少24小時沒有發燒。
 - 在過去48小時內沒有出現新的病灶。
 - 所有病灶(露出/未露出)都結痂脫落，且下方長出一層新的皮膚。
 - 沒有黏膜病灶。

確診個案處置(2/4)

- 個案如符合結束各階段自主健康管理條件，由地方衛生單位協助安排個案就醫進行評估，醫師完成專業評估後，請醫療院所將「Mpox個案自主健康管理階段評估表」回傳地方衛生單位，並將評估表併個案病歷保存，後續由地方衛生單位告知個案評估結果。
- 自主健康管理期間，若全身皮膚病灶尚未完全結痂脫落，病況仍具傳染他人之虞，故針對未遵守防疫事項，而有傳染他人之虞個案，地方衛生主管機關於必要時，得依傳染病防治法第44條規定實施隔離治療等強制措施，並開立「法定傳染病隔離治療通知書」

確診個案處置(3/4)

第一階段居家自主健康管理事項

■ 外出與就醫建議

- 避免外出，除非從事**緊急且必要之活動**，如：就醫、購買生活必需品、藥物等。
- 非急迫之醫療或檢查應延後，就醫時應告知醫護人員M痘確診情事。
- 外出(含就醫)時需佩戴醫用口罩，並確保身體上所有的皮疹完全遮蓋，例如：穿著長袖上衣及長褲，或使用紗布蓋住皮疹。
 - 請以同住親友接送或自行前往(如步行、自行駕/騎車)等方式為主，且避免搭乘大眾運輸工具。
 - 如沒有個人交通工具需搭乘大眾運輸工具時，需避開交通尖峰時段。

確診個案處置(4/4)

第二階段居家自主健康管理事項

■ 外出與就醫建議

- 避免外出，如需外出建議從事固定且有限度之活動，避免至人潮擁擠場所(如賣場、百貨公司、夜市、夜店、酒吧、喜宴、餐廳、觀光景點...等)。
- 避免從事近距離或群聚型之活動，如聚餐、聚會、公眾集會或其他類似之活動。
- 外出(含就醫)時需佩戴醫用口罩，並確保身體上所有的皮疹完全遮蓋，例如：穿著長袖上衣及長褲，或使用紗布蓋住皮疹。請以同住親友接送或自行前往(如步行、自行駕/騎車)等方式為主，且避免搭乘大眾運輸工具，如沒有個人交通工具需搭乘大眾運輸工具時，請避開交通尖峰時段。
- 非急迫之醫療或檢查應延後，就醫時應告知醫護人員M痘確診情事。
- 儘可能在家工作，或一個人單獨工作，如需外出工作時，請儘可能與同事和公眾保持距離，並佩戴醫用口罩與遮蔽病灶。使用過工作檯面及物品請以稀釋後的漂白水(1:50, 1000 ppm)或75%的酒精進行消毒。

● 上班上學建議

- 如個案會接觸到以下對象，包括：孕婦、未滿12歲兒童、80歲(含)以上長者、接受血液透析或免疫不全者等，請避免上班/上學，直到第二階段居家自主健康管理期間結束為止。

➡ 個案未能遵守自主健康管理事項且行為有傳染他人之虞，地方衛生主管機關得依傳染病防治法第44條第1項規定實施隔離治療措施。

接觸者匡列及處置原則(1/4)

■接觸風險等級

高風險群

- 無適當防護之長時間持續密切接觸。

1 皮膚黏膜與確診病患皮膚黏膜接觸。

2 皮膚黏膜與確診病患之分泌物或痂皮接觸。

3 皮膚黏膜與被確診病患之分泌物或皮膚病灶、痂皮汙染之物品(如衣物或床單)接觸。

4 吸入確診病患飛沫微粒(aerosol)或乾燥分泌物之揚塵。

5 被 M 痘個案使用過之尖銳物品造成穿透性傷害。

■情境舉例

- 同住家人。
- 曾有任何形式性接觸之性對象。
- 於個案執行會產生飛沫微粒(aerosol)之醫療措施時，與個案同一房間或相距2公尺內，未穿戴N95面罩與護目鏡/面罩之執行醫療措施人員。
- 清掃被汙染的房間時無適當防護，可能吸入飛沫或揚塵者。
- 實驗室操作過程中曾於無適當防護狀況下暴露於具活性的M痘病毒，或可能含有病毒之檢體者。
- 針扎。

接觸者匡列及處置原則(2/4)

■接觸風險等級

高風險群

- 無適當防護之長時間持續密切接觸。

■處置

- 針對高風險接觸者提供「**M痘高風險接觸者自主健康監測事項**」，主動追蹤其健康狀況至最後一次與病例接觸後21天，並每日至「接觸者健康追蹤管理系統」進行回報。
- 評估後給予暴露後預防接種，請儘早於暴露後4天內接種，以達最佳預防效果，若未出現M痘相關症狀，可於最後一次暴露後14天內接種。
- 衛教接觸者若無症狀可正常工作生活，但建議避免近距離接觸免疫低下者、孕婦與孩童，以及在健康監測期間避免性行為、捐贈器官組織、母乳、血液或精液。
- 如於追蹤期間出現發燒或出疹，應協助其就醫。

接觸者匡列及處置原則(3/4)

■接觸風險等級

非高風險

- 1 曾提供確診病患醫療照護，且未佩戴符合接觸情境之防護裝備（不符合高風險接觸定義）。

■情境舉例

- 曾與病患共處同一空間(相距2公尺內)，累計超過三小時，且未佩戴醫用/外科口罩以上等級防護裝備之醫療相關人員。
- 醫療相關人員之衣物與病患皮疹、體液或受污染之床單或敷料曾有接觸，且未穿著隔離衣者。

■處置

- 提供「**M痘確診個案之接觸者衛教事項**」，衛教接觸者應自我健康監測至最後一次與病例接觸後21天。
- 若無症狀可正常工作生活，但建議避免近距離接觸免疫低下者、孕婦與孩童，以及在健康監測期間避免性行為、捐贈器官組織、母乳、血液或精液。
- 如於追蹤期間出現發燒或出疹，應協助其就醫。

接觸者匡列及處置原則(4/4)

- 與確診個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者，包括確診個案於發病前潛伏期期間之性接觸者；以及發病後之性接觸者，若未及於最後一次暴露後14天內接種PEP疫苗，可於追蹤監測期滿後，安排接種PrEP疫苗。
- 請提醒接觸者如有出現發燒或出疹等疑似M痘症狀，應主動聯繫衛生單位，由衛生單位協助安排至感染科就醫，就醫時應佩戴醫用口罩。

治療方式(1/3)

- 大多數M痘病患的病程為自限性(self-limiting)，因此以輸液治療與維持營養等支持性療法為主，以減輕症狀和併發症。
- 目前有數種藥物可用於治療，但僅建議嚴重病患(包括有眼部或眼眶周圍病灶患者)或免疫低下者使用。
- 我國已儲備抗病毒藥物(tecovirimat)提供國內M痘重症患者、嚴重免疫不全者、兒童族群(特別是一歲以下的嬰兒)、孕婦及哺乳婦女使用。

治療方式(2/3)

Tecovirimat

作用機制為干擾正痘病毒屬表面蛋白質(VP37)，以抑制病毒正常繁殖、減慢感染傳播，有口服膠囊與靜脈注射兩種劑型。

- 歐洲藥品管理局(EMA)於2022年核准用於治療天花、猴痘及牛痘，也可用於治療接種天花疫苗的併發症，但尚未被廣泛使用。
- 美國食品藥物管理局(FDA)於2018年核准tecovirimat膠囊用於治療天花，並於2022年5月核准tecovirimat靜脈注射劑型。
雖尚無臨床資料，但tecovirimat亦可在緊急狀況下以「試驗用新藥(investigational new drug, IND)」模式用於治療M痘病患。



治療方式(3/3)

Tecovirimat

使用劑量：

1. 成人與體重至少40公斤兒童：600mg、每日2次、使用14天。
2. 體重25-40公斤兒童：400mg、每日2次、使用14天。
3. 體重13-25公斤兒童：200mg、每日2次、使用14天。
4. 體重小於13 公斤者請依下表藥物使用劑量和方式給藥。

體重 (kg)	建議劑量(mg)	如病患無法使用膠囊，藥物-水或藥物-食物準備
< 3	33.3 mg ($\frac{1}{6}$ capsule) every 12 hours	小心打開 1 粒膠囊，將全部內容物倒入合適大小的劑量杯中。劑量杯中加入 20 mL 水，並攪拌旋轉杯子至少 30 秒來徹底混合，以確保混合液均勻。混合後立即使用口服注射器吸取 3.3 mL 的水和藥物混合液給藥。丟棄剩餘的混合液。 注意：給藥後應餵食。
3 to < 6	50 mg ($\frac{1}{4}$ capsule) every 12 hours	小心打開 1 粒膠囊，將全部內容物倒入合適大小的劑量杯中。劑量杯中加入 20 mL 水，並攪拌旋轉杯子至少 30 秒來徹底混合，以確保混合液均勻。混合後立即使用口服注射器吸取 5 mL 的水和藥物混合液給藥。丟棄剩餘的混合液。 注意：給藥後應餵食。
6 to < 13	100 mg ($\frac{1}{2}$ capsule) every 12 hours	小心打開 1 粒膠囊，將全部內容物倒入合適大小的劑量杯中。劑量杯中加入 20 mL 水，並攪拌旋轉杯子至少 30 秒來徹底混合，以確保混合液均勻。混合後立即使用口服注射器吸取 10 mL 的水和藥物混合液給藥。丟棄剩餘的混合液。 注意：給藥後應餵食。

疫苗(1/9)

■建議給予疫苗接種族群：

- WHO建議高暴露風險者(男同性戀者、雙性戀者或其他有多個性伴侶的男男性行為者)接種暴露前預防接種(Pre-exposure prophylaxis, PrEP)疫苗，其他具風險者包括：非固定性伴侶者、性工作者、有接觸風險之醫護人員、處理正痘病毒之實驗室人員或第一線公衛人員等。另建議對曾有高風險接觸之密切接觸者在最後一次接觸4天內，給予暴露後預防接種(Post-exposure prophylaxis, PEP)，如接觸者未出現M痘相關症狀，可延長至14天內接種。
- 而對於高暴露風險族群或具重症風險族群，英美等國家亦建議無出現M痘相關症狀者可於最後一次暴露14天內接種。
- 由於歐美此波疫情在特定高風險族群快速傳播，WHO與英美澳在內多國陸續建議給予男男性行為族群、多重性伴侶者與在營業場所發生性行為者等接種PrEP疫苗。

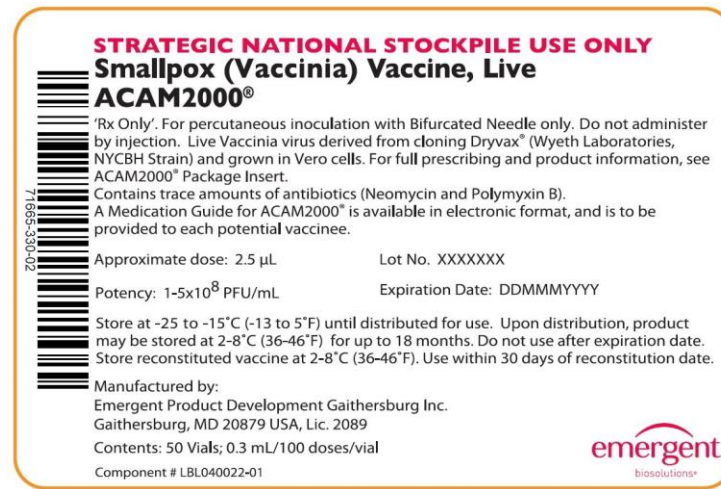
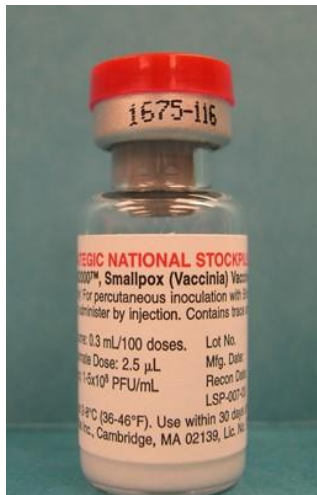
■WHO針對2022年M痘疫情控制，仍建議以公衛措施為主要手段，包括監測、接觸者追蹤、病患隔離與治療照護，針對高暴露風險者優先接種，現階段仍不建議大規模接種M痘疫苗。

疫苗(2/9)

■ACAM2000

為含有活病毒的天花疫苗。

- 目前被美國FDA核准用於感染天花高風險者(如實驗室操作天花病毒之人員)。
- 由於副作用較大，在此波疫情中並非優先考慮使用。



From:

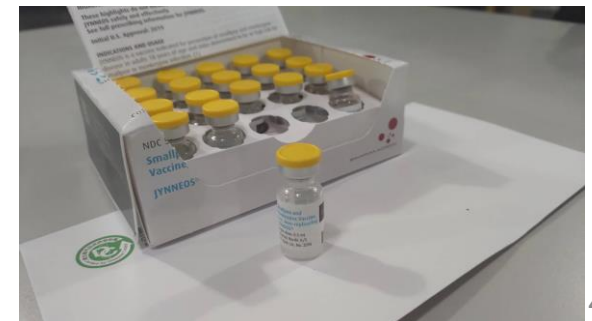
- 1.US ARMY MEDICAL MATERIEL AGENCY. Available at: <https://www.amlc.army.mil/USAMMA/Logistics/Distribution-Operations-Center-Vaccine/Vaccine-Information/Smallpox-Vaccine/>
- 2.Drugs.com. Available at: <https://www.drugs.com/pro/acam2000.html>

疫苗(3/9)

■MVA-BN(JYNNEOS®/Imvamune®/IMVANEX®)

製 造 商	Bavarian Nordic A/S(丹麥)
國 內 許 可 證	國內尚無許可證，採專案進口
簡 述	1. 非複製型活性減毒疫苗，(live-attenuated, non-replicating)，為第一個獲准用於預防M痘的疫苗 2. 相較於第一代天花疫苗，副作用較少，安全性較高(無因意外接觸所致疫苗株傳播之風險)且施打便利
成 分	含有 0.5×10^8 IU以上經修飾之牛痘病毒，Host-cell DNA、protein、benzonase、gentamicin、ciprofloxacin
包 裝 規 格	一盒20瓶。
適 應 症 及 用 途	用於可能感染天花或M痘之高風險族群，預防天花或M痘感染 1. 美國FDA核可仿單，疫苗可用於18歲以上者 2. 美國緊急使用授權(EUA)，允許18歲以下者接種。
接 種 劑 量 與 間 隔 時 間	每人接種2劑，間隔需至少達4週以上

由於全球2022年疫情及疫苗供應不足，考量兒童若感染M痘，有較高風險發生重症，美國FDA於2022年8月發布JYNNEOS® 疫苗的緊急使用授權(Emergency Use Authorization, EUA)，除了允許通過皮內接種(0.1ml)方式，提供18歲以上具M痘感染風險之成人接種疫苗，並另允許18歲以下具M痘感染風險者以皮下(0.5ml)使用疫苗。



疫苗(4/9)

■MVA-BN(JYNNEOS®/Imvamune®/IMVANEX®)

保護力	<ol style="list-style-type: none">1. 暴露後預防(PEP)疫苗：根據國外初步文獻，高風險接觸者應在最後一次暴露後14天內接種，疫苗保護力約達8成，於最後一次暴露後4天內接種，可達最佳預防效果。若在暴露後4至14天內接種，則可能無法預防發病，但可降低疾病嚴重程度。2. 暴露前預防(PrEP)疫苗：國外初步資料顯示，完整接種2劑的保護力高達近9成，接種1劑也有約4-8成的保護力。
禁忌症或 接種前注意 事項	<ol style="list-style-type: none">1. 對疫苗成分過敏者。2. 須注意注射後可能發生之過敏性休克。3. 免疫低下或接受免疫抑制劑治療者，對疫苗免疫反應可能較差。4. M痘疫苗可與其他疫苗同時接種，根據112年3月22日ACIP會議決議，M痘疫苗屬非複製型活性減毒疫苗，原則可視為非活性疫苗，可與其他非活性或活性疫苗同時接種，或間隔任何時間接種。另，對於接種 COVID-19疫苗有較高風險發生心肌炎的12-39歲男性，可以考慮在疫苗接種後，等待4週，再接種COVID-19疫苗；倘有暴露後接種(PEP)之急迫性，建議不須因此延後M痘疫苗之接種。
副作用	<ol style="list-style-type: none">1. 在未曾接種第一代天花疫苗族群，可能發生副作用如下：<ul style="list-style-type: none">• 注射部位反應: 疼痛(85%)、發紅(61%)、腫脹(52%)、硬塊(45%)和搔癢(43%)等。• 全身性反應：肌肉疼痛(43%)、頭痛(35%)、疲倦(30%)、噁心(17%)、發冷(10%)等。2. 曾接種第一代天花疫苗族群，可能發生副作用如下：<ul style="list-style-type: none">• 注射部位反應: 發紅(81%)、疼痛(80%)、硬塊(70%)、腫脹(67%)和搔癢(32%)等。• 全身性反應：疲倦(34%)、頭痛(28%)、肌肉疼痛(22%)等。3. 皮內接種的局部副作用可能比皮下接種更明顯，可能會出現輕度的色素沉澱反應持續數週或數月後逐漸消退，副作用的嚴重程度和持續時間因人而異，但均屬疫苗接種後的正常免疫反應。

疫苗(5/9)

■MVA-BN(JYNNEOS®)

- 因應國內M痘本土疫情防治及疫苗接種實務需求，疾管署參酌國際間M痘疫苗接種政策及使用建議與指引，經2023年3月2日「Mpox疫情防治專家會議」及2023年3月22日「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組」會議決議，同意18歲以上PrEP及PEP接種對象以「皮內」注射方式接種M痘疫苗；如為18歲以下經評估符合接種對象，或有嚴重免疫不全者或蟹足腫病史者，不適用皮內注射，應採「皮下」接種。
- 依據國際文獻證據指出，皮內接種與皮下接種JYNNEOS®疫苗，可以提供相似的免疫保護力，發生嚴重不良反應事件的風險很低。

皮下接種

- ◆ 接種劑量:抽取0.5ml
- ◆ 接種部位:上臂三角肌為優



皮內接種

- ◆ 接種劑量:抽取0.1ml
- ◆ 接種部位:上臂三角肌或前臂內側中段



- 若有其他情形(例如：接種第2劑時，仍有第1劑局部副作用等不適反應)，經醫師評估可於其他部位接種(例如：前臂掌側或內側中段等)。⁴⁴
- 2劑接種方式可不限於相同接種方式(例如：第1劑若以皮內接種，第2劑可不限於皮內接種，可採皮內或皮下接種)。

疫苗(6/9)

■我國已儲備M痘疫苗 MVA-BN(JYNNEOS®)

■我國M痘疫苗接種對象

• 暴露前預防(PrEP)：

- 正痘病毒屬之實驗室操作人員。
- 與確診M痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者，但未曾接種過暴露後預防(PEP)疫苗。
- 近1年有風險性行為者(例如：多重性伴侶、性交易服務者、於營業場所發生性行為者等)；過去曾罹患性病；或性接觸對象有前述任一情形者。
- 照顧M痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似M痘個案檢體採檢或執行M痘疫苗接種作業人員。

疫苗(7/9)

■我國M痘疫苗接種對象

- 暴露後預防(PEP)：

- 疾管署「M痘疫情調查及接觸者追蹤指引之接觸者匡列處置原則」所列之**高暴露風險接觸者**。
 1. 同住家人。
 2. 曾有任何形式性接觸之性對象。
 3. 於個案執行會產生飛沫微粒(aerosol)之醫療措施時，與個案同一房間或相距2公尺內，未穿戴N95面罩與護目鏡/面罩之執行醫療措施人員。
 4. 清掃被汙染的房間時無適當防護，可能吸入飛沫或揚塵者。
 5. 實驗室操作過程中曾於無適當防護狀況下暴露於具活性的M痘病毒，或可能含有病毒之檢體者。
 6. 針扎(如：照護確診M痘個案的醫療機構工作人員之針扎)。

疫苗(8/9)

■我國M痘疫苗之接種建議

• 暴露後預防(PEP)

– 接種時機：

- 於最後一次暴露後 14 天內接種。
- 高風險接觸者應在最後一次暴露後 4 天內儘速接種，以達最佳預防效果。若在暴露後 4 至 14 天內接種，則可能無法預防發病，但可降低疾病嚴重程度。
- 已出現M痘症狀，則不建議接種。

• 暴露前預防(PrEP)

- 符合接種對象，且無出現疑似感染M痘症狀，可進行接種。
- 與確診M痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者，但未曾接種過暴露後預防(PEP)疫苗，若無出現疑似M痘感染症狀，可向公衛端申請，優先進行疫苗接種。

疫苗(9/9)

■我國M痘疫苗之接種方式

- ◆ 皮內接種(接種2劑，每劑0.1mL，2劑間隔須至少達4週以上)或
- ◆ 皮下接種(接種2劑，每劑0.5mL，2劑間隔須至少達4週以上)

- 在疫苗供給有限的情形下，18歲以上PrEP及PEP接種對象優先以皮內方式接種。

- ◆ 未滿18歲、具蟹足腫病史者、或嚴重免疫不全者 * 不適用皮內注射接種，應採「皮下」接種。

* 晚期或控制不佳的愛滋(HIV)感染者(HIV感染且 $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$); 白血病、淋巴瘤、全身性惡性腫瘤，器官移植，使用烷化劑(alkylating agents)、抗代謝藥(antimetabolites)、放療、腫瘤壞死因子抑製劑或高劑量皮質類固醇治療; 造血幹細胞移植接受者在移植術後24個月內; 或術後24個月以上但患有移植物抗宿主病或疾病復發; 自體免疫疾病合併免疫缺陷。

醫療機構感染管制措施(1/6)

詳見「醫療機構因應猴痘感染管制指引」及教育訓練簡報

項目	說明
整體性建議	<p>醫療機構人員照護疑似或確診M痘病人，建議依循：</p> <ul style="list-style-type: none">• 標準防護措施。• 飛沫傳染防護措施。• 接觸傳染防護措施。
病人分流機制	<ul style="list-style-type: none">• 宣導入院民眾應佩戴口罩、遵循呼吸道衛生與咳嗽禮節、落實手部衛生。M痘確診個案如有出疹，建議遮蔽身上病灶處，例如：可穿著長袖上衣及長褲，或使用紗布蓋住皮疹。• 如無法佩戴口罩則要求病人咳嗽或打噴嚏時用衛生紙遮住口鼻，落實呼吸道衛生及咳嗽禮節，以降低病毒傳播風險。• 第一線工作人員應先口頭詢問相關主訴及TOCC[旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否曾群聚 (cluster)] 等資料。• 詢問時應佩戴口罩/外科口罩。• 若發現符合通報定義之疑似個案，建議安置於預先規劃好之單獨診療室，並依相關規定通報。• 診療室應維持房門關閉、進入診療室的工作人員應穿著適當個人防護裝備，應經適當的清潔消毒後才可以繼續使用。

醫療機構感染管制措施(2/6)

項目	說明
病人收治	<ul style="list-style-type: none">• 需要住院的病人應優先安排入住具獨立衛浴之單人病室，房門應維持關閉。若無單人病室，確診病人可採集中照護，床位間應間隔至少一公尺。疑似病人或已知為其他病因者，不應集中照護，以免交叉感染。• 在顧及病人隱私的情形下，於病室門口標示病人需要採取飛沫及接觸隔離防護措施。控制僅容許必要的人員進入病室。• 病室內避免執行會引起環境中灰塵或病灶脫落結痂揚起的活動，例如使用會擾動空氣氣流的電風扇、掃地、使用吸塵器等。• 感染管制措施應執行至患者病灶結痂脫落且形成新的皮膚層為止，重症患者或免疫力低下者其病毒殘存時間可能延長，可視臨床醫師判斷延後。
轉運病人至其他部門/機構	<ul style="list-style-type: none">• 除非醫療照護必須，否則應避免住院病人轉送到其他醫院。• 若轉送是必須的，應提前告知轉入部門/機構、救護車運送人員，所需採取之感染管制措施及適當個人防護裝備。• 轉運過程中，若病人狀況允許，應戴上密合度良好的醫用口罩，且依病灶範圍以布單或隔離衣等適當覆蓋。

醫療機構感染管制措施(3/6)

項目	說明
工作人員健康監測	<ul style="list-style-type: none">• 工作人員如符合「M痘疫情調查及接觸者追蹤指引」之「接觸者匡列原則」者，應每日進行症狀監測(包含發燒、頭痛、肌肉疼痛、淋巴結腫大、疲倦或出現皮疹等症狀)。• 監測期至最後暴露日起21天為止，並應避免照顧免疫力低下之患者。• 如出現相關症狀，應立即依機構內流程主動通報單位主管、感染管制人員或職業安全人員，並確實遵循呼吸道衛生與咳嗽禮節及接受所需的醫療協助。
環境清潔消毒	<ul style="list-style-type: none">• 負責環境清潔消毒的人員應經過適當訓練。• 每日最少應進行1次環境清潔工作。• 分流看診區應落實每班進行清潔及消毒；若環境有明顯遭病人口鼻分泌物汙染時，則須立即進行清潔及消毒。• 消毒劑應依照廠商建議之稀釋方法、接觸時間與處理方式；或使用當天泡製的1：50 (1000ppm)漂白水稀釋液。• 建議採取濕式清潔消毒方式，避免使用會重新揚起灰塵之清潔方式(如掃地、吸塵器等)。

醫療機構感染管制措施(4/6)

項目	說明
織品/布單與被服處理	<ul style="list-style-type: none">處理使用過的被服及布單織品應盡量避免抖動，以防止污染空氣、環境表面和人，並儘速送洗。在病室內將使用過的布單與被服裝入袋中，不可以在未經包裝的情形下直接帶出病室。使用過的布單與被服應依處理具傳染性織品的流程裝袋，並視為具高感染風險進行清潔消毒。<ul style="list-style-type: none">✓ 清洗方式<ol style="list-style-type: none">1.高溫清洗：水溫$\geq 71^{\circ}\text{C}$至少清洗 25 分鐘；2.低溫清洗：水溫$\leq 70^{\circ}\text{C}$併用適當的洗劑於合適的濃度下清洗。✓ 添加濃度 50-150ppm 漂白水，或以烘乾整燙過程的高溫等方式，都有助於增加被服及布單織品的清洗消毒效益。
屍體處理	<ul style="list-style-type: none">工作人員接觸確診M痘患者之屍體，應依暴露風險穿戴適當個人防護裝備。應使用完全密封且非滲透性的屍袋，慎防體液滲漏。屍袋表面以1：10的稀釋漂白水(5,000ppm)抹拭，保持屍袋外側清潔，並儘速送至太平間。應儘量減少搬運、處理遺體之工作人員。太平間的工作人員和禮儀師必須被告知有生物危害風險。

醫療機構感染管制措施(5/6)

■ 個人防護裝備建議

工作人員應視執行之醫療照護處置項目選擇適當個人防護裝備，並得依病人狀況及所需執行的業務調整個人防護裝備。

處置項目	呼吸防護		手套	隔離衣		護目裝備
	醫用/ 外科口罩	N95或相當等級 (含)以上口罩		一般 隔離衣	防水 隔離衣	
公共區域(入口服務人員、掛號、批價、傳送等)	V					
詢問相關主訴及TOCC等未接觸病人之行為	V					
一般性接觸病人之醫療照護行為(如量體溫、血壓、照X光、病人轉送等)	醫用/外科口罩 或N95口罩 ^{註1}		V	V		
接觸病人血液、體液、排泄物等風險之醫療照護行為	醫用/外科口罩 或N95口罩 ^{註1}		V		V ^{註2}	視需要
執行可能產生飛沫微粒(aerosol)的醫療處置 ^{註3}		V	V		V	V

註 1：於收治病室內照護有併發症之中重症感染者，建議優先佩戴N95口罩。

註 2：若無防水隔離衣，建議可使用一般隔離衣外加防水圍裙替代。

註 3：可視需要穿戴髮帽及鞋套。

備註：屍體處理工作人員個人防護裝備比照上表醫療照護工作人員防護M痘疑似或確定病例之建議，依執行任務之暴露風險選擇適當防護裝備。

醫療機構感染管制措施(6/6)

■ 個人防護裝備建議

N95或相當等級(含)以上口罩適用時機

- ✓ 執行可能產生飛沫微粒(aerosol)的醫療處置
- ✓ 於收治病室內照護有併發症之中重症感染者，建議優先佩戴N95口罩。
- ✓ 每次使用前須執行**密合度檢點(fit check)**，且穿戴PPE場所應備有密合檢查圖供參。

注意觀察口罩邊緣
是否有漏氣情形



密合度檢點

可能產生飛沫微粒(aerosol)的醫療處置

- » 包含氣管內插管與拔管、抽痰、支氣管鏡檢、誘發痰液的處置、使用面罩式的正壓呼吸器等
- » 建議應在**負壓隔離病室或換氣良好的病室內**執行，僅容許執行處置所必須的人員留在病室中，減少受暴露的人數。
- » 僅容許執行處置所**必須的人員**留在病室中，減少受暴露的人數。

居家清潔與消毒(1/2)

詳見「居家清潔與消毒指引」

- 消毒劑依照廠商建議；或使用當天泡製的1：50 (1000ppm)漂白水稀釋液。
- 優先選用溼式清潔方式，如濕布擦拭/拖地，應避免使用會揚起灰塵之清潔方式，如掃地、吸塵器。
- 切勿甩弄/搖晃床單或衣物，以防止汙染空氣、環境表面和人。

居家清潔與消毒(2/2)

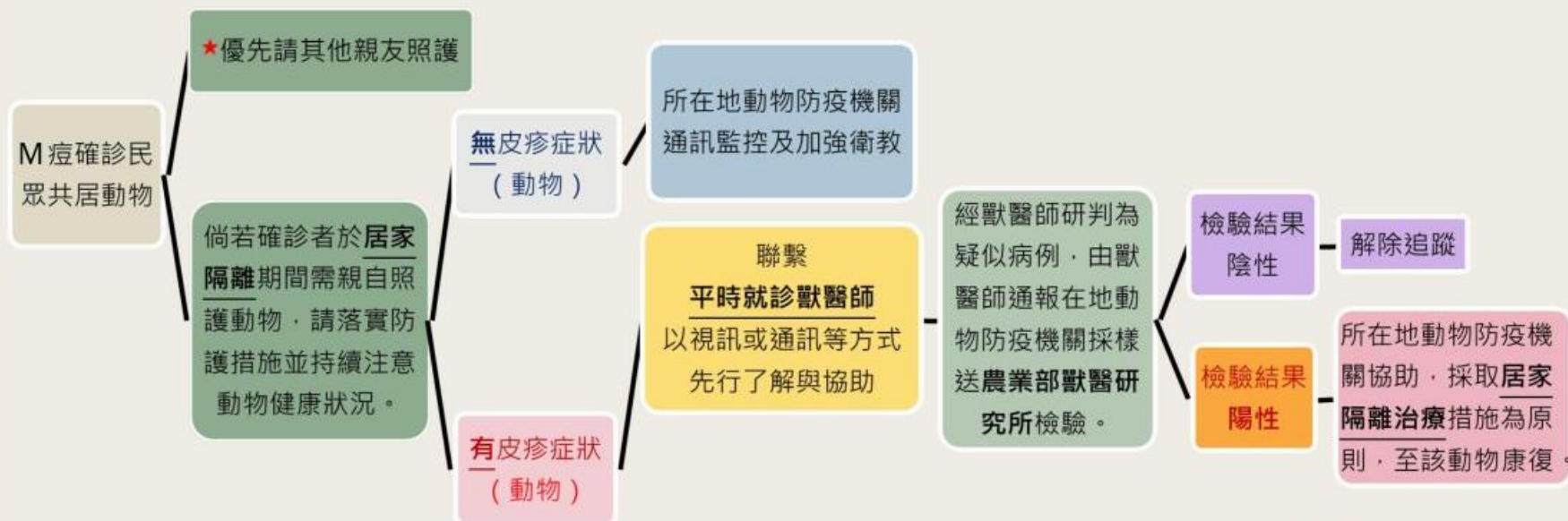
■建議進行消毒順序：

- 1.廢棄物收集
- 2.衣物清洗：需將可能與患者接觸之物品與其他物品分開清洗，清洗使用一般洗衣劑與洗程清洗即可。
- 3.硬質家具物品表面：餐具碗盤以一般清潔劑或洗碗機清洗即可，清洗時須戴手套，若能用60°C以上熱水清洗更佳。
- 4.家飾織品等物品：可考慮以蒸氣法消毒或參考衣物清洗方式單獨清洗。
- 5.地毯與地板表面
- 6.廢棄物處理

M痘確診個案家中寵物照護

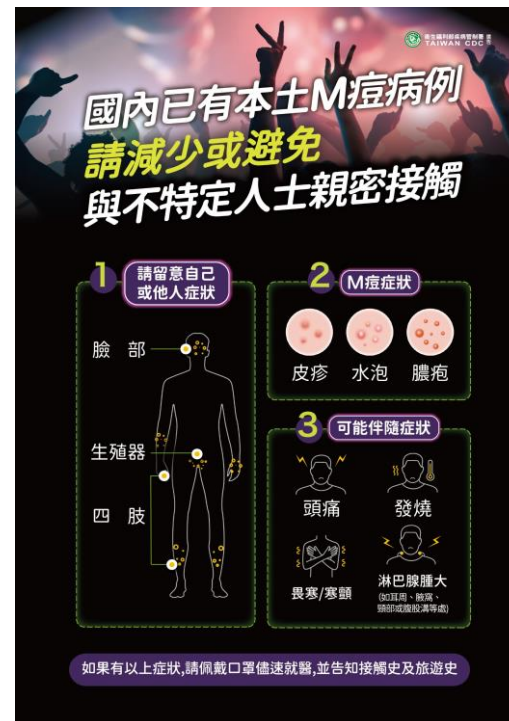
詳見農業部動植物防疫檢疫署「M痘確診者飼養之動物(靈長類、嚙齒類及兔子)檢驗及照護指引」

※國內M痘確診民眾所飼養動物（靈長類、嚙齒類及兔子）之檢驗與照護方式



一般大眾衛教宣導

- 性接觸在內的任何密切接觸均有感染風險，應避免與陌生人發生性行為或親密接觸、避免多重性伴侶外，良好手部衛生亦可降低感染風險。
- 前往流行地區時，避免接觸齧齒動物和靈長類動物以及生病或死亡動物，食用肉類必須徹底煮熟。



風險族群衛教宣導

■ 透過醫療專業學會及民間團體等向風險族群宣導。

溫馨小提醒

如果你出現
皮疹、水泡或淋巴結腫大
請務必鼓起勇氣告訴醫師

✳️ 疑似M痘Mpox接觸史
✳️ 高風險場域的暴露

**協助醫師
提高診斷的正確性**



完成2劑疫苗接種，保護力高達**9成**
接種後**14天**內仍要避免風險行為!!

免登記 直接預約

奇美醫學中心 杜漢祥主治醫師 **誠心推薦**



打滿2劑保護力達**6成**
Mpox疫苗

疫苗在手·我M(們)不pox(怕)

BE PROUD

請至疾病管制署M痘疫苗專區查詢
預約接種需間隔**28天**
疫苗產生保護力須**14天**



注意 M痘 你該這樣做


+ M痘症狀
在臉部、四肢、肛門及生殖器附近，出現不同型態的皮膚病變，如：皮疹、水泡、膿疱

+ 症狀好發部位
臉部、生殖器、四肢

+ 可能伴隨症狀
發燒、畏寒/寒顫、淋巴腺腫大、頭痛

國內已有本土M痘病例，民眾若前往流行地區或國內高風險場域，應避免與不特定人士緊密接觸。
如有任何疑似症狀，請佩戴口罩並立即就醫告知旅遊史、高風險場域暴露史與接觸史。

※ 符合對象接種M痘疫苗亦為預防方法之一，請搜尋M痘疫苗專區(下方QR-code) ※



疫苗在手
我M(們)不pox(怕)

Mpox疫苗 打滿 2 劑保護力高達9成
疫苗產生保護力須**14天**
2劑接種需間隔**28天**

想知道更多Mpox資訊
請至疾病管制署Mpox專區查詢

現在預約接種
送 愛滋自我篩檢試劑乙份



最新衛教防治宣導教材，請至疾病管制署全球資訊網
<https://www.cdc.gov.tw/> Mpox 專區查詢下載運用

相關資訊請至疾病管制署全球資訊網查閱



衛生福利部疾病管制署

Taiwan Centers for Disease Control

⋮ 回首頁 English 網站導覽 RSS

關於CDC 傳染病與防疫專題 預防接種 國際旅遊與健康



M痘



中華民國111年6月23日衛授疾字第1110100867號公告，新增「猴痘」為第二類法定傳染病。
中華民國113年1月19日衛授疾字第1130100040號公告，修正傳染病中文名稱為「M痘」，自113年2月1日生效。

1958年M痘病毒(Mpox virus)首次從研究用猴子身上被發現，因此該病被命名為「猴痘」，我國於2022年6月23日公告為第二類法定傳染病，為避免造成對疾病或特定族群的誤解或歧視，另於2024年2月1日更名為「M痘」。人類感染M痘病毒最早的個案是1970年在剛果民主共和國的一名9個月男孩，此後中非和西非靠近熱帶雨林的偏遠地區陸續有個案報告。隨著1980年天花消滅和之後停止接種天花疫苗，M痘成為現存最嚴重的正痘病毒。

M痘病毒屬痘病毒科(Poxviridae)，正痘病毒屬(Orthopoxvirus)。主要由齧齒動物和靈長類動物傳播給人，屬人畜共通傳染病。M痘病毒可分為第一分支(I)病毒和第二分支(II)病毒，其中第二分支(II)病毒包括IIa和IIb兩子分支，後者即目前全球疫情主要流行株。第一分支比第二分支病毒更容易傳播和嚴重，第一分支致死率約為10%，而第二分支致死率約為1%，然依世界衛生組織(WHO)報告指出，2022年5月疫情開始至2023年12月底，確認感染Mpox的92,909病例中，約178人死亡，且絕大多數症狀輕微；以美國為例，約31,000名個案中，55名死亡個案(致死率約0.2%)。

